

国民健康保険療養費支給申請書

一金 円也

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

申請者住所 _____

氏名 _____ (印) 個人番号 _____

平取町長 殿

被保険者証 記号番号			世帯主名	(印)	
診療を 受けた人	(フリガナ) 氏名		個人番号	申請者との 続柄	
	住所				
	診療期間	自 至	受診資格	一般・ (退職被保険者) 本人・被扶養	
	発病負傷日		診療 日数		日
	傷病名				
	受診した 医療機関	()		診療科	
	受診状態	入院・外来	受給証	高齢者3割・高齢者2割・未就学児	
	費用額	円	うち薬剤 一部負担	円	併用公費又は 福祉の名称
	審査 認定額	円	交通事故等の第三者行為	有	無
療養の給付を 受けることが できなかった 理由					
振込先	金融機関	銀行	(フリガナ) 口座名義人		
		支店			
	口座種別	普通・当座・その他 ()	口座番号	┆	┆
点数		総医療費		薬剤一部負担金	
負担率		一部負担額		支給額	